à Monsieur le Professeur [illegible]
hommage de l'auteur
[illegible]

PARALYSIE FACIALE DOUBLE

CONSÉCUTIVE A UNE DOUBLE OTITE.

DU MÊME AUTEUR.

Recherches sur l'anémie cérébrale. Strasbourg 1858. Thèse couronnée par la faculté de médecine de Strasbourg et honorée d'une lettre de félicitations de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique.

Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent. Paris 1860, in-8° de 81 pages.

Clinique médicale de l'école de médecine d'Alger. Paris-Alger 1861, in-8° de 63 pages.

Sur cette question : L'appareil vasculaire intra-cranien est-il susceptible de variation dans son contenu ? Alger 1861, in-8° de 20 pages.

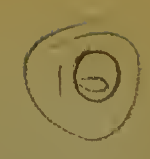
Hernie étranglée, avec adhérences anciennes ; opération : particularités curieuses. *Gazette médicale de l'Algérie*, 1861, n° 11.

Sur la transposition des viscères. *Gazette médicale de l'Algérie*, 1861, n° 8.

Lipôme formé de margarine cristallisée, simulant une tumeur squirrheuse ou fibreuse (Internat : Clinique de M. Sédillot). *Gazette des hôpitaux*, 1858, n° 61.

Compte rendu de la clinique de M. le professeur Forget en 1857 (Internat : En collaboration avec M. Berdot). Strasbourg, in-8° de 57 pages.

Études anatomiques sur le système nerveux central des plagiostomes, avec six planches (sous presse).



REMARQUES

SUR UN CAS DE

PARALYSIE FACIALE DOUBLE

CONSÉCUTIVE A UNE DOUBLE OTITE,

PAR

LE DOCTEUR J. EHRMANN.



PARIS,

CHEZ J. B. BAILLIÈRE, RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1862.

STRASBOURG, TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN.

REMARQUES

SUR UN CAS DE

PARALYSIE FACIALE DOUBLE

CONSÉCUTIVE A UNE DOUBLE OTITE.

Parmi les causes de paralysie qui peuvent affecter le nerf de la septième paire, il en est une, essentiellement inhérente aux conditions spéciales qui résultent pour ce tronc nerveux de son long trajet à travers le canal tortueux qui le conduit au dehors du crâne, cause toute locale, mécanique pour ainsi dire : nous voulons parler des lésions du rocher, intéressant plus ou moins profondément l'aqueduc de FALLOPE. L'étranglement opéré à ce niveau sur le nerf, dans ces parois inextensibles, par l'inflammation des tissus qui l'enveloppent, doit être ici placé au premier rang, et c'est un point sur lequel M. DELEAU[1], dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1857, a eu le mérite de plus particulièrement insister. Cet auteur pense même que dans le plus grand nombre des paralysies, réputées essentielles, de la septième paire, c'est une étiologie de cet ordre qu'il faut invoquer, l'inflammation de l'aqueduc de FALLOPE puisant dans ces cas son point de départ dans l'oreille moyenne[2], et l'exaltation de l'ouïe, — contrairement à la théorie de M. LANDOUZY[3], qui en fait un symptôme consécutif

---

[1] *Paralysie faciale produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne* (*in extenso* dans le *Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, 1857, p. 85).

[2] Sauf ce dernier élément, qui précisément donne à l'opinion de M. DELEAU son cachet d'originalité, la même idée, celle d'une compression par tuméfaction inflammatoire du névrilemme, avait déjà été admise théoriquement, pour cette variété de paralysie faciale, par divers auteurs, P. BÉRARD entre autres : Voy. son remarquable article sur les *Maladies de la face* (*Dict. en trente vol.*, t. XII, p. 603).

[3] *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial* (*Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 78).

dû à la paralysie du muscle tenseur de la membrane tympanique, — devant être dès lors considérée comme un reflet de l'otite interne concomitante.

Il ne nous appartient point de discuter ici la valeur de cette opinion, qui, attaquée au sein de l'Académie par plusieurs de ses membres les plus éminents, auxquels elle a paru — à juste titre, pensons-nous — trop exclusive[1], a trouvé dans M. ROCHE[2] un habile et zélé défenseur; toujours est-il que M. DELEAU a fourni la démonstration clinique de la réalité, dans une série donnée de faits, de ce mode de production de paralysie faciale, ainsi que du mécanisme qu'il pense, ces conditions échéant, pouvoir lui appliquer.

A ce point de vue, l'observation relatée par cet habile praticien, — dans laquelle l'inflammation de la corde du tympan, artificiellement provoquée à deux reprises différentes, sur le même sujet, par le contact direct d'une solution caustique au passage du nerf dans l'oreille moyenne, fut à chaque fois suivie d'une paralysie de la face, qui céda rapidement à un traitement antiphlogistique local, — mérite d'être sérieusement méditée.

Le fait que nous allons produire ci-après rentre dans la même catégorie; mais il emprunte surtout son intérêt à l'existence d'une paralysie simultanée des deux nerfs de la septième paire, développée sous nos yeux mêmes. Cette particularité nous a fourni l'occasion de vérifier et de corroborer les vues développées dans l'intéressant mémoire de M. DAVAINE[3] sur la paralysie faciale double. Nous avons dû en outre à une maladie intercurrente le privilége, à coup sûr rare dans des cas de ce genre, de pouvoir compléter notre observation en lui appliquant la sanction de l'examen nécroscopique.

Le nommé Poirrier, âgé de vingt-six ans, Français, domestique au collége arabe, entre à l'hôpital civil d'Alger (salle Saint-Nicolas, n° 25), le 1er avril 1860, dans le ser-

---

[1] Séance du 29 déc. 1857 (*Gaz. méd. de Paris*, 1858, p. 12).

[2] *Sur la paralysie du nerf facial* (*Union médicale*, 1858).

[3] *De la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire* (*Gaz méd. de Paris*, 1852, p. 718 et suiv.).

vice de la clinique médicale que nous dirigions à cette époque.

C'est un homme d'assez belle complexion, mais d'un tempérament évidemment lymphatique ; il est atteint d'une tuberculisation avancée des deux poumons, dont le développement a été assez rapide, puisque les premiers accidents, à en croire le malade, ne remonteraient qu'à quatre ou cinq mois; le côté droit est surtout affecté. Nous instituons un traitement en conséquence.

Le 7 avril, le malade, après avoir été exposé, dans son lit même, à un fort courant d'air, pendant que l'on récurait la salle, ressent des douleurs vives dans l'oreille droite; elles augmentent durant la nuit.

Le lendemain matin, à notre visite, les mouvements sont abolis dans le côté droit de la face; l'œil est largement ouvert et ne peut, malgré les efforts du sujet, se fermer que très-imparfaitement; le sourcil est abaissé, la joue flasque, la commissure labiale fortement inclinée du côté gauche. Point de courbure de la luette. La langue peut être dirigée, au gré du malade, dans tous les sens; mais s'il la porte fortement hors de la bouche vers en bas, elle se dévie manifestement à gauche.

Surdité à peu près complète à droite : les sons aigus impressionnent péniblement l'oreille, qui est le siége d'une douleur sourde, continue, devenant par moments très-vive, lancinante. Suintement muco-purulent par le conduit auditif. Interrogé sur l'état antérieur de ces organes, le malade dit avoir eu depuis trois ans plusieurs otorrhées passagères, peu intenses du reste et jamais accompagnées de fortes douleurs, mais qui ont entraîné à leur suite une certaine dureté de l'ouïe, tant d'un côté que de l'autre. Il entendait cependant distinctement, avant l'incident actuel, tout ce qu'on lui disait, pour peu qu'il y prêtât quelque attention.

La subordination de la paralysie à une recrudescence inflammatoire dans l'oreille nous paraissant évidente, nous procédons antiphlogistiquement, avec les restrictions toutefois qu'impose l'état général si défavorable du sujet : six ventouses scarifiées en deux fois, injections émollientes ré-

pétées, embrocations huileuses; puis, le 17 avril, les douleurs persistant toujours, six sangsues à la région mastoïdienne.

Deux jours après, nous sommes frappé, à notre visite du matin, de trouver rétablie la symétrie du visage, et nous pensons au premier abord que notre traitement a été couronné de succès; mais tout aussitôt l'air hébété du sujet attire notre attention, et à la première parole qui sort de sa bouche, nous n'avons nulle peine à nous convaincre que cet apparent retour de la motilité perdue n'est qu'une illusion due à la perte de cette même fonction dans le côté jusque-là resté sain : qu'en un mot, à la paralysie du nerf facial droit est venue s'ajouter celle du nerf facial gauche. En réponse à nos questions, le patient nous explique, non sans grande difficulté, et plus encore par ses gestes que par ses paroles — son langage est en effet incompréhensible — que, pendant la nuit, l'oreille gauche, jusque-là indolore, l'avait vivement fait souffrir (un soupirail existant au-dessous de son lit était resté ouvert malgré nos ordres contraires), et que bientôt après s'était produite cette difficulté subite de prononciation qui, dans son état actuel, est le symptôme paraissant l'impressionner le plus. Un écoulement purulent commence à se manifester de ce côté; l'audition y est très-affaiblie.

Pour cette paralysie donc, comme pour la première, même étiologie : inflammation de l'oreille moyenne consécutive, selon toute apparence (?), à l'impression du froid, et propagée au nerf facial correspondant. Absence, du reste, de tout élément qui puisse faire admettre l'intervention d'une cause cérébrale.

Nous allons entrer maintenant dans quelques développements relativement à la symptomatologie dont s'est accompagnée chez ce sujet la lésion simultanée des deux nerfs de la septième paire. Nous avons pu l'analyser tout à loisir, cet état s'étant maintenu jusqu'à la mort du patient, survenue le 30 mai : c'est-à-dire durant plus de cinq semaines. Nos observations ont été d'ailleurs confirmées par MM. les professeurs A. Bertherand, Trollier, et MM. les docteurs Al-

CANTARA et BRUCH, qui ont à plusieurs reprises visité avec nous cet intéressant malade.

Les traits ont repris leur régularité; mais ils sont dans un relâchement complet et ont perdu toute expression; le visage est immobile, et comme avec cela sa pâleur est extrême, on dirait à première vue celui d'un cadavre....

Le front ne peut se plisser; les yeux sont largement ouverts, et le malade est dans l'impossibilité de les fermer complétement; les globes oculaires, par contre, viennent, par un mouvement de rotation en haut, se cacher sous la paupière supérieure; cette particularité s'observe également durant le sommeil : dans l'écartement des bords palpébraux se voit alors la teinte blanchâtre de la sclérotique. Il y a un léger épiphora.

Les joues et les commissures labiales sont flasques, les ailes du nez sans mouvement; le souffle respiratoire, dans les grandes inspirations, les agite mécaniquement, de même qu'il enfle et affaisse alternativement les parois buccales. Les lèvres entre-ouvertes sont impuissantes à retenir la salive, qui s'en écoule au moment où la tête cesse d'être déjetée en arrière: aussi est-ce là la position habituelle du malade; il est obligé de l'exagérer encore chaque fois qu'il veut s'ingérer quelque aliment; la mastication du reste étant rendue très-difficile par l'inertie des parois buccales et malgré l'intégrité des mouvements dépendant de la portion motrice de la cinquième paire, il ne se nourrit plus que de substances liquides, bouillons, potages etc., qu'il s'introduit directement et aussi loin que possible, au fond du gosier, en renversant brusquement la nuque. L'expuition des crachats bronchiques s'opère suivant un mécanisme analogue, mais par le mouvement inverse, la flexion rapide de la tête en avant.

La déglutition ne se fait point sans une certaine gêne. Comme elle était en même temps douloureuse, et qu'il y avait quelque rougeur dans l'arrière-gorge, nous attribuions ce degré de dysphagie à la propagation, par les trompes d'EUSTACHE, de l'inflammation de la caisse à la muqueuse pharyngienne, d'autant plus que ces douleurs trouvaient un écho dans celles qui avaient pour siége la profondeur de

l'oreille. Il pourrait toutefois tenir également, ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Davaine dans son mémoire, à la paralysie de ceux des filets du nerf facial qui, s'anastomosant avec le glossopharyngien, contribuent à donner le mouvement aux muscles du pharynx; ou bien encore à l'interruption de l'influx moteur dans les muscles digastrique (ventre postérieur) et stylohyoïdien, qui, en élevant la base de la langue, interviennent aussi de leur côté dans l'acte de la déglutition.

Le voile du palais a conservé sa mobilité; il n'y a point de nasonnement, et jamais les matières avalées ne refluent dans les fosses nasales.

La parole est inintelligible; les lèvres en effet ne pouvant y participer, la prononciation des mots en est rendue très-imparfaite; elle est comme gutturale et donne l'impression d'un effort pénible qu'elle coûterait au malade; on dirait par moments une sorte d'aboiement. La langue d'ailleurs a perdu elle-même, dans une certaine mesure, une partie de l'étendue de ses mouvements. Le malade la meut parfaitement dans l'intérieur de la bouche et la porte au dehors sans difficulté; elle n'est plus déviée quand il tente de la tirer très-avant, mais ce mouvement précisément est notablement borné, de même que celui en vertu duquel la pointe se recourbe en haut. De là un certain degré de confusion dans la prononciation des consonnes linguales, ainsi que nous l'avons constaté en plusieurs occasions sur notre sujet. Cette particularité, qui s'est présentée également, plus marquée même encore, dans quelques-unes des observations réunies par M. Davaine, et dont cet auteur a analysé le mécanisme avec détails, en s'aidant d'ingénieuses expériences sur les animaux, trouve son explication dans des faits anatomiques: les deux muscles cités plus haut (digastrique et stylohyoïdien) qui, en soulevant la langue par sa base contribuent à la porter au dehors, sont, on se le rappelle, animés par le facial, de même que le muscle lingual superficiel dont l'effet est de raccourcir l'organe et d'en porter la pointe en haut et en arrière, reçoit du même nerf un filet spécial dont M. L. Hirschfeld a décrit avec soin la distribution.

Le goût ne nous a point semblé modifié; on sait du reste

que la part qui, d'après les travaux de M. Cl. Bernard, revient dans cette fonction à la corde du tympan, n'a trait qu'à des nuances bien difficiles à apprécier, alors surtout qu'il s'agit d'un sujet placé dans les conditions où se trouvait le nôtre.

En même temps que nous constations tous ces phénomènes, nous voyions les accidents qui en avaient marqué le début du côté de l'oreille, résister aux diverses phases de notre traitement. Une légère émission sanguine locale du côté gauche, deux vésicatoires volants, puis des pointes de feu aux régions mastoïdiennes, trois vésicatoires dans la nuque, des injections émollientes et narcotiques par le conduit auditif, des injections d'air par la trompe d'Eustache (pratiquées une seule fois, le cathétérisme ayant été mal supporté), deux cautères entretenus sous les clavicules de manière à opérer en même temps sur l'affection pulmonaire, l'huile de foie de morue à l'intérieur etc. calmèrent bien les douleurs, mais n'empêchèrent point l'otorrhée de s'établir d'une façon permanente et la surdité de devenir pour ainsi dire complète. L'électricité enfin, appliquée dans les derniers temps, plutôt d'ailleurs comme élément complémentaire et accessoire du diagnostic — son rôle comme agent thérapeutique ne trouvant guère ici, en effet, d'indication — n'amena, ainsi qu'il en devait être *à priori*, aucune modification dans l'état des muscles paralysés.

Les symptômes pulmonaires faisaient de leur côté de rapides progrès; les sueurs, la fièvre hectique, la diarrhée colliquative épuisèrent le malade, et la mort survint le 30 mai.

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort. Cavernes nombreuses et tubercules à divers degrés de développement dans les deux poumons. Cerveau et autres viscères sains.

L'état des temporaux devait spécialement nous intéresser. Des injections d'eau ayant été préalablement pratiquées avec précaution par les conduits auditifs, de manière à bien nettoyer la caisse (les membranes tympaniques s'étaient perforées depuis quelques semaines), une coupe horizontale

retranche la calotte du crâne à la hauteur des rochers, puis deux sections verticales sont pratiquées en avant et en arrière des temporaux pour rendre la pièce plus maniable. Nous poursuivons alors le nerf facial dans l'aqueduc de FALLOPE, en sculptant ce conduit et l'ouvrant avec soin par sa paroi supérieure, depuis son origine au trou auditif interne jusqu'à sa terminaison à l'orifice stylomastoïdien : cette préparation en montre les parois saines et intactes, dans tout son parcours. Quant au nerf, il ne paraît offrir à l'œil nu aucune altération; mais l'examen microscopique, pratiqué avec le concours de notre collègue et ami, le docteur BRUCH, dont la compétence en pareille matière est connue et dûment appréciée à l'école de médecine d'Alger, révèle, du côté droit, sous le névrilemme, un nombre très-considérable de corpuscules pyoïdes, tandis qu'il n'en existe point dans le nerf à son entrée au trou auditif. Le résultat de l'exploration est analogue pour le nerf du côté gauche; toutefois, la paroi inférieure de l'aqueduc ayant été brisée pendant la préparation au niveau du promontoire, et une communication s'étant opérée avec la caisse, il n'est plus permis d'en tirer ici de conclusion sérieuse.

Quant aux tubes nerveux eux-mêmes, leur altération cadavérique était déjà trop avancée pour qu'on pût saisir une différence appréciable dans leur texture avant leur entrée dans l'aqueduc et après leur sortie du crâne.

A droite comme à gauche, les parois de la caisse sont cariées, surtout du côté des cellules mastoïdiennes, les osselets désunis, la corde du tympan en partie détruite; à droite, on retrouve ce nerf dans la paroi postérieure de la caisse, à partir du conduit qui vient l'amener à l'aqueduc de FALLOPE. Sur le bord de la scissure de GLASER existe, du côté gauche, une perte de substance de la grosseur d'une tête d'épingle par laquelle le pus de la caisse a fusé et est venu produire une petite collection au-dessous du condyle, derrière la branche montante de la mâchoire inférieure.

Les pièces nécroscopiques ont été présentées aux élèves de la clinique, et communiquées à MM. A. BERTHERAND, ALCANTARA et BRUCH, qui ont contrôlé les divers points que nous venons d'exposer.

Nous ne pensons pas qu'au point de vue du mécanisme de la paralysie, notre fait puisse être assimilé aux observations assez nombreuses relatées par les auteurs, dans lesquelles une carie du rocher envahissant le canal parcouru par le nerf, en a directement altéré ou même entièrement détruit le tissu. Les parois de la caisse étaient, il est vrai, notablement cariées, et nous ne nions point qu'avec le temps la partie de cette gaîne osseuse correspondant à la cavité tympanique n'eût pu être à son tour envahie ; mais l'autopsie — et c'est un point sur lequel nous insistons — a montré parfaitement intacts les conduits de Fallope. La succession si rapprochée de la paralysie à une recrudescence aiguë du côté de l'oreille moyenne doit plutôt faire admettre une étiologie analogue à celle que M. Deleau a tenté d'étendre aux paralysies essentielles ou rhumatismales, la propagation de l'inflammation de la caisse à la gaîne du nerf facial, par l'intermédiaire probable de la corde du tympan. Comme pour ces dernières en général, la cause occasionnelle a été ici un refroidissement, un coup d'air, et si elle n'avait opéré sur un terrain doublement défavorable, en raison des otorrhées précédentes et surtout de la diathèse tuberculeuse avancée du sujet, nul doute pour nous que le traitement antiphlogistique n'eût amené la guérison du mal, absolument comme il en a triomphé entre les mains de M. le baron H. Larrey, dans le cas cité par M. Landouzy (*Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 80). Son indication était rationnelle, et, n'eût été l'état général si grave du malade, nous n'aurions point hésité à l'appliquer plus énergiquement encore.

Nous ne voulons point tirer des révélations du microscope des conclusions trop absolues en faveur de l'opinion que nous défendons, le pus rencontré sous le névrilemme du nerf facial pouvant, à la grande rigueur, être provenu de la caisse et avoir filtré le long de la corde du tympan qu'il baignait.... On accordera cependant que ce n'est point une donnée sans valeur.

Pour ce qui est de la combinaison des paralysies des deux nerfs de la septième paire, le cas que nous venons de rap-

porter vient utilement confirmer les faits qu'ont mis en lumière les relations de MM. CHRISTISON[1], MAGNUS[2], ROMBERG[3], CONSTANTIN JAMES[4] etc., les vivisections de MAYO[5], l'observation trop brièvement résumée de M. O'CONNOR[6], et surtout l'important mémoire de M. DAVAINE. C'est, à ce point de vue, pensons-nous, un fait précieux, car dans aucun peut-être des cas, si intéressants d'ailleurs, cités par ces auteurs, les phénomènes pathologiques ne se sont trouvés aussi bien isolés dans leur relation avec l'agent qui les a déterminés. On y voit en effet la compression, par inflammation, du nerf facial dans son canal osseux, produire la paralysie de toutes les parties auxquelles se rendent ses branches périphériques, y compris celles des muscles digastrique et stylohyoïdien, qui naissent avant sa sortie de l'aqueduc, mais sans préjudice pour les filets qui animent le voile du palais, les mouvements de cet organe étant restés libres. La déduction anatomique à tirer de ces données, est que la cause dont nous venons de décrire les effets a dû localiser son action sur la partie du nerf située au delà de la naissance des nerfs pétreux; et c'est là encore une preuve à l'appui de notre manière de voir relativement au point d'étiologie que nous discutions plus haut. Les parties que traverse le nerf au niveau et au dehors du trou stylo-mastoïdien n'étaient d'ailleurs aucunement altérées, et n'en avaient conséquemment pu déterminer la compression.

---

[1] *London medical gaz.*, 1835, t. XV, p. 60.
[2] *Müller's Archiv für Physiologie*, 1837.
[3] *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, 1857, 3e édit., t. I, p. 764.
[4] *Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 594.
[5] *Dictionnaire en trente volumes*, t. XII, p. 606.
[6] *Union médicale*, 1861, n° 49, p. 160.